FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 97

DU TRAITEMENT

DE

L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

PAR L'IGNIPUNCTURE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1888

PAR

Jean-Georges DODART

Né à Cognac (Charente), le 4 juillet 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MASSE,	professeur,	*président.*
PICOT,	professeur,	*juges.*
ARTIGALAS,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 97

DU TRAITEMENT

DE

L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

PAR L'IGNIPUNCTURE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1888

PAR

Jean-Georges DODART

Né à Cognac (Charente), le 4 juillet 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MASSE,	professeur,	*président.*
PICOT,	professeur,	*juges.*
ARTIGALAS,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE MONSIEUR EDMOND DODART

Hommage de reconnaissance.

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0097

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR MASSE

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

INTRODUCTION

Qu'il me soit permis, au début de ce modeste travail, d'adresser tous mes remerciements sincères à MM. les docteurs Moure, qui m'a inspiré ma thèse et donné des conseils, de Saint-Germain, Noquet, Ruault qui m'ont fait l'honneur de me communiquer des notes sur le sujet que j'ai choisi pour ma thèse inaugurale.

Mon travail comprendra quatre chapitres.

Dans le premier, je traiterai de l'anatomie normale et pathologique de l'amygdale (dans l'hypertrophie).

Dans le deuxième, des troubles de l'hypertrophie des tonsilles au point de vue de la santé générale et locale.

Dans le troisième, je m'occuperai du traitement médical de cette affetion.

Le quatrième chapitre aura pour objet le traitement chirurgical.

Il comprendra deux parties.

Dans la première partie, j'étudierai l'amygdalotomie.

Dans la deuxième, je traiterai de l'ignipuncture, et je relaterai les observations que j'ai recueillies dans la clinique de M. le Dr Moure.

Je terminerai en exposant les conclusions que j'ai cru pouvoir tirer de cette étude.

J'adresse à M. le professeur Masse, qui a bien voulu accepter la présidence de ma thèse, tous mes remerciements pour l'honneur qu'il m'a fait.

DU TRAITEMENT

DE

L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

PAR L'IGNIPUNCTURE

CHAPITRE PREMIER

L'hypertrophie des amygdales est une affection caractérisée essentiellement par l'augmentation de volume de ces glandes présentant le plus ordinairement en même temps un changement dans leur consistance qui tantôt est augmentée, tantôt diminuée d'où deux sortes d'hypertrophie.

L'hypertrophie squirrheuse. — *L'hypertrophie molle.* — Le volume et la consistance sont les deux caractères physiques de l'amygdale, qui dans l'hypertrophie sont modifiés de la manière la plus constante.

La forme et la coloration peuvent aussi présenter des changements importants à connaître, du moins pour ce qui regarde le premier de ces caractères.

Mais avant d'étudier les variations que peut présenter l'amyg-

dale à ces divers points de vue, je crois bien faire en parlant de sa situation et de ses rapports normaux.

Situation

L'amygdale est logée dans la fossette amygdalienne constituée par les piliers antérieur et postérieur, elle présente une direction oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans, par suite de la disposition naturelle qui veut que les piliers postérieurs soient plus rapprochés de la ligne médiane que les piliers antérieurs.

Elle peut se trouver, dans cette fossette, à des hauteurs très variables. La plupart du temps elle siège dans la partie la plus élevée de l'ogive formée par les deux piliers et alors elle est facilement accessible à la vue, mais chez un certain nombre de sujets, elle occupe une position plus déclive et il en résulte une difficulté pour l'apercevoir, parce qu'elle descend sur les parties latérales du pharynx et qu'elle est masquée par la base de la langue.

Il est alors nécessaire pour l'apercevoir de déterminer chez le malade des mouvements de vomiturition qui ont pour effet de refouler les amygdales en haut.

Volume

Normalement, d'après Richet, l'amygdale a 12 millimètres de longueur sur 8 de largeur et d'épaisseur.

Dans l'hypertrophie elle peut atteindre le volume d'une noix, d'un œuf de pigeon. Le plus souvent dans ces conditions elle fait saillie dans l'intérieur de la bouche et peut même arriver à se mettre en contact avec celle du côté opposé fermant ainsi les communications entre la bouche et le pharynx. Mais dans d'autres cas, il peut se faire que l'amygdale tout en étant hypertrophiée paraisse avoir un volume normal.

Ceci se produit lorsque les muscles qui forment les piliers, enserrent en se contractant l'amygdale et la dérobent à la vue. On donne le nom d'enchâtonnement à cette disposition.

Consistance

La consistance de la tonsille, augmentée de volume, peut être modifiée en plus ou en moins.

Indurée, quand l'hyperplasie a porté sur l'élément fibreux. Molle au contraire, presque friable, si l'épithélium seul de la glande s'est hypertrophié.

Le degré de consistance a une grande importance dans le choix du procédé opératoire.

L'induration, qui indique un état squirrheux de la tonsille, devra faire rejeter l'emploi de l'instrument tranchant, car c'est surtout dans ce genre d'hypertrophie que les hémorragies sont à redouter, les vaisseaux étant contenus dans un tissu qui a peu de tendance à se rétracter.

Forme

L'amygdale hypertrophiée ne présente ordinairement que l'exagération de la forme naturelle, mais il n'en est pas toujours ainsi.

La forme ordinaire de la tonsille est celle d'une amande, mais dans certains cas soit par le fait d'une disposition congénitale, soit par l'influence d'un travail phathologique, la glande est manifestement divisée en deux ou plusieurs lobes. Amygdales lobées.

Ce changement de forme importe peu au point de vue de l'amygdalotomie mais il en est un autre qui ne permet pas l'emploi de l'instrument de Fahnestock.

C'est la forme que Chassaignac appelle en grappe, et dans laquelle l'amygdale au lieu de former un globe plus ou moins volumineux s'étale de manière à tapisser les parois du pharynx. Lors-

qu'on cherche à la saisir, elle s'efface complètement et bien qu'elle offre en apparence un assez beau volume lorsque le malade ouvre simplement la bouche, il devient dans certains cas, tout à fait impossible de l'engager dans l'anneau du tonsillotome.

Coloration

Les changements de coloration indiquent l'absence ou l'existence d'inflammation et l'opportunité d'intervenir ou non : rouge vif lorsqu'elle est enflammée, rouge pâle lorsqu'elle ne l'est pas.

Ce sont ces caractères physiques qui permettent au médecin de reconnaître la maladie, le guident dans le choix de son procédé de traitement et le renseignent sur la conduite qu'il doit tenir.

CHAPITRE II

DES MODIFICATIONS DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES AU POINT DE VUE DE LA SANTÉ GÉNÉRALE ET LOCALE

Mais l'hypertrophie des amygdales ne se borne pas à modifier dans ses caractères l'organe qu'elle frappe, elle détermine des troubles fonctionnels et des altérations physiques dans des appareils plus ou moins éloignés ; nous allons étudier les complications générales et de voisinage qui l'accompagnent.

Trouble fonctionnel de la respiration. — Déformation du thorax. — Les amygdales hypertrophiées apportent une grave entrave à l'accès de l'air par les fosses nasales ; l'individu qui en est atteint, respire par la bouche et fait de grands mouvements d'inspiration pour attirer l'air dans sa poitrine par l'espace restreint qui sépare les deux amygdales. A la longue, il se produit une déformation thoracique, caractéristique de l'hypertrophie tonsillaire.

Il se forme une dépression transversale au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de la poitrine, paraissant avoir été produite, d'après la comparaison de Lambron, par un anneau qui, en ces points, aurait enserré le thorax et aurait repoussé en dedans cette partie de la cage osseuse. Cette déformation paraît résulter de l'action énergique du diaphragme, qui se contractant fortement afin de surmonter l'obstacle qui existe à la partie supérieure de l'appareil respiratoire, tend à rapprocher ses points d'insertion situés précisément à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du thorax. L'hématose se faisant mal, la santé générale se trouve donc profondément altérée.

Troubles locaux : 1° *Déformation des fosses nasales.* — Cette déformation consiste dans le rétrécissement des fosses nasales, résultant de la forme de la voûte palatine, qui se relève en ogive et diminue la capacité des fosses nasales. Cette déformation serait-elle congénitale ou résulterait-elle des troubles apportés au passage de l'air dans ces mêmes fosses ? Ces deux opinions sont également soutenables. Quoi qu'il en soit, cette déformation a été fréquemment constatée.

2° *Troubles de la phonation.* — La voix est affaiblie et en même temps modifiée dans son timbre. La faiblesse de la voix s'explique facilement, la colonne d'air qui met en vibration les cordes vocales, étant peu considérable. Cette modification toute particulière du timbre de la voix a été appelée par Krishaber : Pharyngophonie.

3° *Troubles de l'ouïe.* — Une des complications certainement les plus fréquentes de l'hypertrophie des amygdales est la surdité. — Différentes théories ont été proposées pour l'expliquer.

Pour quelques auteurs, elle serait due à la compression qu'exerce la tonsille sur la trompe d'Eustache.

M. le Dr Noquet de Lille a exposé en 1879, dans le *Bulletin médical du Nord,* une théorie très séduisante sur la surdité amygdalienne. Je crois devoir la reproduire ici.

Cet auteur, après avoir démontré que le voile du palais s'abaisse et se tend pendant la déglution et que le péristaphylin externe prend sur lui son point d'appui pour ouvrir la trompe, ajoute : En résumé, c'est à chaque mouvement de déglutition que la trompe s'ouvre grâce au pérystaphylin externe et c'est ainsi que la caisse reçoit l'air nécessaire à son fonctionnement normal.

Mais qu'arrive-t-il quand les amygdales en s'hypertrophiant se sont fortement développées par en haut ? Le voile du palais, refoulé dans ce sens, est immobilisé.

Retenu par les amygdales, il ne peut pas être attiré en bas, ni suffisamment tendu par les glosso-staphylins et les pharyngo-staphylins. Ces muscles sont du reste gênés dans leur contraction. Ils sont repoussés par les amygdales. Les glosso-staphylins décrivent un arc à convexité antérieure, les pharyngo-staphylins à convexité postérieure. Ils ne peuvent pas devenir rectilignes et agissent mal sur le voile. Aussi ce dernier, déjà maintenu en haut, ne prend-il plus une position fixe. Le muscle péristaphylin externe ne trouvant pas en bas son point d'appui n'agit pas sur la partie membraneuse de la trompe. Ce canal reste toujours fermé et l'air se raréfie dans la caisse.

Il naît de la sorte une surdité, qui peut s'améliorer dans les mouvements d'expiration forcée faits pendant que les narines sont fermées, mais ces améliorations dues à l'entrée de l'air, qui poussé violemment, écarte mécaniquement les parois de la trompe, sont toujours de courte durée.

Pour d'autres, la surdité peut être causée par la propagation de l'inflammation à la trompe d'Eustache.

CHAPITRE III

TRAITEMENT MÉDICAL

Parmi les nombreuses méthodes préconisées pour la réduction des amygdales hypertrophiées, deux méritent seules d'être prises en considération : l'amygdalotomie et l'ignipuncture.

Je parlerai seulement des autres pour mémoire.

Actuellement, on reconnaît l'impuissance des médicaments topiques et généraux contre une pareille affection, et un certain nombre de moyens chirurgicaux, comme l'énucléation à l'aide du doigt, la ligature, sont abandonnés.

Le traitement médical a pu réunir un certain nombre de partisans qui, se basant sur le rôle physiologique que doivent remplir des organes tels que les amygdales, s'opposent à ce qu'on en prive l'organisme. Pour eux, l'absence de cet organe lubrificateur, doit causer une gêne dans la déglutition et de l'embarras dans les fonctions du pharynx. Certains auteurs ont même avancé que l'ablation des amygdales peut déterminer l'anémie. D'autres, se montrent hostiles à la destruction de l'amygdale hypertrophiée, parce qu'ils prétendent que cette affection disparaît à l'époque de la puberté. Ces objections contre l'intervention chirurgicale sont dépourvues de fondement et, comme le fait remarquer Chassaignac, dans son traité de l'amygdalotomie simultanée : L'observation ne vient pas confirmer ces opinions, très acceptables en théorie, et il n'y a pas lieu d'attacher une importance quelconque à une hypothèse de la réalité, de laquelle on n'a acquis, jusqu'à ce jour, aucune preuve, malgré les nombreuses occasions qu'on a eues de la soumettre à l'expérimentation.

Quant à l'opinion d'après laquelle les amygdales reviendraient à leur volume normal au moment de la puberté, alors même qu'elle serait fondée, elle a peu de valeur et ne doit pas empêcher de combattre une affection qui retarde l'époque à laquelle se montrent les signes de la sexualité.

Parmi les topiques employés dans l'hypertrophie des amygdales, les plus connus sont : comme solides : l'alun, le borax, le chlorate de potasse, le bicarbonate de soude. Ils sont appliqués soit en poudre, soit sous forme de collutoire. Ils peuvent donner de bons résultats dans le cas d'amygdalite aiguë simple, mais ont une action nulle ou bien faible dans l'amygdalite chronique. Ils sont en revanche contre-indiqués dans le cas où les amygdales enflammées sont étranglées par les piliers du palais car alors ils augmentent la constriction éprouvée par les tonsilles.

Le nitrate d'argent, beaucoup vanté par Herpin dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne, serait, d'après Chassaignac, tout à fait inefficace contre une pareille affection et les cas de guérison attribués à ce caustique ne seraient pas autre chose que des cas d'inflammation aiguë ou subaiguë. Il y aurait même du danger, au dire de cet auteur, à se servir du crayon de nitrate d'argent pour cautériser; on s'exposerait à laisser tomber un fragment de celui-ci dans l'estomac ou dans les voies aériennes. Un pareil accident, suivi de mort, a été observé par Rilliet.

Parmi les topiques liquides, la teinture d'iode est certainement le médicament qui compte le plus de partisans dans le cas d'engorgement des amygdales et son efficacité me paraît incontestable, ayant eu l'occasion de le voir employer avec succès dans des cas d'hypertrophie, mais son action ne pouvant se faire sentir que lentement et ne mettant pas à l'abri des récidives si communes dans cette affection, il ne saurait supporter la comparaison avec les procédés qui consistent à supprimer ou à réduire, d'une manière définitive, l'amygdale hypertrophiée.

Lambron a fort vanté l'usage des eaux sulfureuses de Cauterets. Il aurait ainsi obtenu d'excellents résultats dans les cas d'amygdalite chronique. Chassaignac déclare avoir constaté lui aussi de notables améliorations à la suite de ce traitement, mais on est en droit de lui faire le même reproche qu'à la teinture d'iode, c'est de ne pas amener une guérison définitive.

Le traitement général qui consiste dans l'administration de l'iodure de potassium est excellent comme spécifique de la diathèse scrofuleuse, mais n'agit pas d'une manière bien marquée sur la manifestation locale. On doit y avoir évidemment recours, mais non comme traitement de l'hypertrophie tonsillaire.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT GHIRURGICAL DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

Ne comprend que deux procédés actuellement usités ; l'amygdalotomie et l'ignipuncture, encore cette dernière méthode se substitue-t-elle à la première.

L'énucléation à l'aide du doigt, recommandée par Cornelius Celsius est tombée depuis longtemps en désuétude.

La ligature pratiquée par Guéneau de Mussy et Moscoti, 1649 et 1751 fut battue en brèche en 1818 et de nos jours, elle est entièrement oubliée. C'est d'ailleurs un procédé qui n'est applicable que dans le cas d'amygdale pédiculée.

PREMIÈRE PARTIE

L'amygdalotomie est le procédé qui de tout temps a été le plus employé, mais de nos jours on commence à y renoncer.

Les anciens pratiquaient l'excision, soit à l'aide du bistouri, soit à l'aide des ciseaux.

De ces deux instruments, le premier seul réunit encore quelques partisans. A Paris, c'est M. de Saint-Germain qui jusque dans ces dernières années s'en est montré le plus fervent adepte mais la majorité des chirurgiens se sert actuellement de l'amygdalotome.

Nous allons examiner les avantages qu'offre l'amygdalotomie et les inconvénients qu'elle présente, difficultés, imperfections, accidents.

C'est une opération qui s'exécute rapidement et la plupart du temps sans difficulté, cependant, il est certaine disposition spéciale de l'amygdale qui ne permet pas de l'employer.

Lorsque la tonsille est enchatonnée, c'est-à-dire maintenue quoiqu'hypertrophiée, dans la loge amygdalienne, par la contraction des piliers antérieur et postérieur, il n'est pas possible de la faire pénétrer dans l'anneau du tonsillotome.

L'opération présente encore de grandes difficultés dans le cas d'amygdale en grappe, d'amygdale pédiculée avec prédominance du diamètre vertical.

Certaines amygdales atteignent un volume trop considérable pour pouvoir s'engager dans l'anneau du tonsillotome.

Dans certains cas les amygdales occupent une position trop déclive pour pouvoir être reçues dans l'anneau (amygdales plongeantes).

Hémorrhagie. — Un des plus grands reproches qu'on puisse adresser à l'amygdalotomie, c'est de donner lieu à des hémorrhagies qui, chez les enfants, se produisent exceptionnellement, mais qui, chez les adultes, sont très communes et parfois inquiétantes.

M. de Saint-Germain, dans la revue mensuelle des maladies de l'Enfance, tome II, année 1884, parlant de l'amygdalotomie, déclare que c'est une bonne opération dans le cas de volume considérable des amygdales; qu'elle présente moins de danger d'hémorrhagie chez l'enfant que chez l'adulte, mais qu'à cet âge surtout, la diphtérie est à redouter. Cet auteur signale deux observations de cette affection.

M. le Dr Ricordeau, dans sa thèse, rapporte 53 observations d'hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie.

Dans 13 cas, la mort a été la conséquence de ces hémorrhagies. Les opérés étaient, pour la plupart, des adultes.

L'observation XLVI, due à Philippe Boyer, est relative à une hémorrhagie mortelle survenue chez un enfant, à la suite de l'excision d'amygdales hypertrophiées.

L'observation LIII, a trait à une hémorrhagie mortelle survenue chez un jeune garçon de 8 ans et demi, à la suite d'une lésion de la carotide interne par le tonsillotome.

M. le Dr Moure (communication orale), a constaté fréquemment des hémorrhagies assez abondantes pour déterminer la syncope.

Je crois bien faire en transcrivant ici un passage de la lettre que M. le Dr Noquet m'a fait l'honneur de m'adresser : « L'amyg» dalotomie a l'avantage d'être expéditive et commode, elle per» met de cueillir, en quelque sorte, les amygdales avec la plus » grande facilité, mais, même chez les enfants, elle expose à des » hémorrhagies d'autant plus graves, qu'elles sont souvent suscep» tibles de se produire 12, 15 et 24 heures après l'opération et, » parfois, d'une façon insidieuse, le sang pouvant être dégluti » pendant le sommeil. J'ai précisément au commencement de » 1886, dans un cas de ce genre, chez un enfant de cinq ans, » failli ne pas arriver assez à temps pour placer la pince de » Broca et cependant les amygdales n'avaient pas été depuis » longtemps le siège d'aucune poussée inflammatoire. Cet acci» dent m'a fait renoncer complètement à l'amygdalotomie que je » pratiquais quelquefois à cette époque chez les enfants, surtout » quand les tonsilles étaient très volumineuses. »

M. le Dr Ruault (communication écrite) résume ainsi son opinion sur ces deux méthodes : « Pour moi l'ignipuncture faite à » l'aide du cautère galvanique est la méthode de choix dans le » traitement de l'hypertrophie amygdalienne. L'amygdalotomie » est une méthode de nécessité. Elle ne trouve son indication que » lorsqu'on a affaire à des enfants très jeunes ou absolument indo» ciles. Je ne la pratique jamais chez les adultes. »

C'est aussi la règle de conduite de M. le Dr Moure. Il n'a recours à l'amygdalotomie que dans le cas où le malade est en bas âge ou est effrayé.

Williams Kollmann (*Inaugural Dissertation über die anwendung und den Nutzen der Galvano kaustik*) s'exprime ainsi au sujet de la tonsillotomie « L'opération avec des instruments tranchants a l'avantage d'être facile et rapide, mais elle offre néan-» moins certains inconvénients qui diminuent à un haut degré ses » avantages. Il y a d'abord l'hémorrhagie qui en général n'est » pas importante, cependant, dans une série de cas elle a pu être » abondante et dangereuse et causer de grandes inquiétudes.

Nous trouvons dans la revue de M. le Dr Moure, année de 1883, l'état suivant dressé par le Dr G. Leffert, dans un travail spécial basé sur 500 tonsillotomies.

1° L'hémorrhagie mortelle est très rare, ne provient pas de la carotide interne, mais d'une branche de la pharyngienne ascendante.

2° Après l'amygdalotomie il peut survenir une hémorrhagie sérieuse quand il y a blessure du plexus veineux qui tapisse la loge amygdalienne.

3° Il peut survenir une hémorrhagie dangereuse contre laquelle on emploiera la compression, la torsion du vaisseau.

4° Dans le cas d'amygdale très indurée et hypertrophiée, il peut se produire un écoulement sanguin modéré.

5° Enfin l'hémorrhagie peut résulter de la lésion du pilier antérieur dans l'amygdalotomie.

L'hémorrhagie est donc un accident assez fréquent de l'emploi de l'amygdalotomie ; quelquefois très grave et même mortelle, elle peut se produire au moment de l'opération ou un certain temps après, 12, 24, 48 heures. Elle est surtout à redouter chez les adultes, dans le cas d'amygdales dures, squirrheuses.

L'hémorrhagie peut avoir plusieurs origines. Le plus souvent elle est veineuse mais quelquefois elle a pu résulter de la lésion de la carotide interne, qui chez les adultes, a de la tendance à décrire une courbe qui s'adosse à l'amygdale.

C'est l'origine qu'elle avait dans ce cas de mort, rapporté par M. le Dr Ricordeau, survenue chez un jeune garçon âgé de 8 ans et demi. Une hémorrhagie abondante s'était déclarée au moment de l'incision de l'amygdale gauche.

Elle avait été arrêtée par l'application de fortes pinces spéciales. Lorsqu'on enleva ces pinces dans la soirée, il se produisit une hémorrhagie foudroyante qui enleva le malade dans quelque instants. A l'autopsie on constate une anomalie de la carotide interne, qui décrit une courbe très prononcée au niveau de l'amygdale. Le tissu de celle-ci est creusé d'une dépression dans laquelle le vaisseau est logé tout entier.

On constate de plus que l'amygdalotomie à lésé la paroi musculaire vers le sommet de la courbe. Cette blessure explique suffisamment l'hémorrhagie.

L'hémorrhagie peut provenir d'une branche de l'artère pharyngienne ascendante.

Mais le plus souvent elle est de nature veineuse et alors elle se produit d'une façon insidieuse, tardivement, en nappe. C'est le cas de l'hémorrhagie qui survient chez le jeune opéré de M. le Dr Noguet, chez le Saint-Cyrien auquel Chassaignac avait pratiqué la tonsollotomie.

Dans l'amygdalotomie, il peut y avoir lésions d'organes voisins de l'amygdale.

La muqueuse pharyngienne peut être déchirée par suite d'un mouvement intempestif du patient et il peut résulter de ce fait une hémorrhagie sérieuse. Chassaignac rapporte un cas de ce genre : Un malade ayant arraché brusquement l'amygdalotome, avant la section complète de l'amygdale, se blessa la muqueuse pharyngienne et une hémorrhagie très abondante se déclara.

Les piliers du voile du palais peuvent être blessés. M. de Saint-Germain, Vidal de Cassis pensent qu'une lésion de ces organes peut être suivie d'une grave hémorrhagie. Le danger serait plus à

redouter d'après cet auteur dans le cas de lésions des piliers postérieurs, car comme M. Verneuil l'affirme on constate fréquemment des pulsations artérielles en dedans et très près des piliers postérieurs. Il est très probable qu'elles sont dues à la pharyngienne inférieure, le calibre de cet artère, comme le dit Cruveilher, présentant un développement qui peut égaler celui de l'occipitale.

La blessure de la langue peut donner lieu à une hémorrhagie très sérieuse. Tel est le cas cité par Dolbeau, dans lequel le médecin en pratiquant l'amygdalotomie à l'aide du bistouri, sur un enfant qui pendant l'opération ferma la bouche, eut à arrêter une hémorrhagie très grave. Ce qu'il ne parvint à faire que par la ligature en masse de la langue.

L'hémorrhagie n'est pas le seul inconvénient de l'amygdalotomie. La vaste plaie qui résulte de l'incision des tonsilles devient une porte d'entrée pour la diphtérie. Et c'est une des raisons pour lesquelles M. de Saint-Germain préfère l'ignipuncture. Cet auteur relate deux observations de diphtérie survenue à la suite de l'amygdalotomie.

Un autre imperfection de cette méthode, c'est la repullulation après l'opération. Il nous a été donné de voir dernièrement dans la clinique de M. le Dr Moure un jeune enfant, qui à cause de son indocilité avait été opéré à l'aide de l'instrument de Fahnestock, présenter huit jours après une amygdale plus volumineuse qu'avant l'intervention : La surface de la tonsille était fongueuse et fortement enflammée. Pour cette dernière raison on fut obligé de différer les cautérisations qu'on se proposait de faire.

Le nombre des récidives après l'amygdalotomie est assez considérable et on trouve dans les annales des maladies de la gorge la relation de récidives multiples. Il fallut, dans certains cas, intervenir jusqu'à cinq fois.

Un autre accident a pu se produire. C'est la rupture de l'anneau sécateur. Chassaignac, dans son traité de l'amygdalotomie simul-

tanée, rapporte deux cas de ce genre. L'issue ne fut pas funeste. Un pareil fait peut être le résultat ou de la dureté extraordinaire du tissu amygdalien ou du trop peu d'épaisseur de l'anneau sécateur. M. de Saint-Germain déclare avoir été témoin d'un pareil accident.

En résumé, l'amygdalotomie offre comme avantage d'être un procédé rapide, la plupart du temps d'une exécution facile, comme complications : des difficultés parfois insurmontables tenant soit à la position déclive de l'amygdale, soit à son volume exagéré, soit à sa forme en grappe ou pédiculée, soit aux connexions de la glande avec les piliers (enchâtonnement), soit aux contractions spasmodiques des piliers.

L'amygdalotomie est surtout un procédé imparfait, c'est-à-dire à l'aide duquel on ne fait qu'incomplètement l'ablation des amygdales.

L'amygdalotomie est même fréquemment un procédé dangereux, parce qu'elle expose à des hémorrhagies qui peuvent être très graves, à la diphtérie, à la rupture de l'anneau sécateur.

DEUXIÈME PARTIE

Ignipuncture

Historique. — D'après Velpeau, Mésué aurait le premier osé porter des caustiques sur les amygdales.

En 1252, Brunus de Padoue s'est servi du cautère actuel pour empêcher la renaissance des amygdales tuméfiées après leur résection.

De 1620 à 1641, Naples fut désolée par une épidémie d'angines, caractérisée surtout par une hypertrophie tonsillaire considérable, dans ces circonstances Marc-Aurèle Séverin fit usage du fer chaud.

Mercatus et Afflisius, qui vivaient à la même époque, se servirent aussi du fer rouge dans l'hypertrophie tonsillaire.

En 1683, Heister se déclare partisan de la cautérisation, il rejette l'excision des amygdales qu'il considère comme un procédé barbare et trop difficile.

En 1680 Wiseman, premier chirurgien du roi d'Angleterre, Charles II, emploie le cautère actuel pour l'extirpation des amygdales hypertrophiées, il considère ce procédé comme le plus expéditif.

En 1707 Pauli, premier professeur d'anatomie et de chirurgie de Leipsick, vante la méthode ignée dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales.

Lieutaud en 1770, premier médecin des Enfants de France, tout en reconnaissant que la cautérisation potentielle ou actuelle est abandonnée, déclare que cette méthode est loin d'être méprisable.

Louis exprime ainsi son opinion au sujet de la méthode ignée « Je suis persuadé que ce moyen est plus facile, moins douloureux plus sûr et qu'il est sujet à moins d'inconvénients que la rescision. »

Percy, Boyer reconnaissent la valeur de cette méthode et indiquent même des cas dans lesquels elle ne saurait être remplacée par aucun autre procédé.

Jourdain en 1816, le docteur Bonsergent de Romorantin en 1828 se montrent chauds partisans du cautère actuel.

En 1831, Miquel conseille l'usage d'un cautère en roseau, qui serait conduit le long d'une canule afin de ne pas atteindre les organes de la bouche.

Philipeaux en 1856, Valentin, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François en 1857 et 1858 ont recours au fer rouge.

En 1872 ou 1873 M. Cazin, de l'hôpital de Berck-sur-Mer, met en pratique cette méthode sur les glandes amygdaliennes de ses scrofuleux.

Dès 1875 et 1876 la méthode ignée est employée en Allemagne par Rieusenfeld de Breslau et Michel de Cologne, dans l'hypertrophie tonsillaire.

L'ignipuncture compte actuellement un grand nombre de partisans, comme procédé réducteur des tonsilles hypertrophiées.

La plupart des spécialistes des maladies du pharynx emploie presque exclusivement depuis cinq ou six ans la cautérisation ignée faite soit avec le thermo-cautère, soit avec le galvano-cautère.

Krishaber, dans un article qui a paru dans les annales des maladies du larynx, du pharynx, de l'oreille, année 1880 et qui traite de l'ignipuncture appliqué aux granulations du pharynx, déclare avoir employé une vingtaine de fois ce procédé, pour la cure des tonsilles augmentées de volume et en avoir tiré toujours d'excellents résultats.

Dans le courant de 1881, cet auteur a publié dans la même revue, la technique de l'ignipuncture dans l'hypertrophie amygdalienne.

Paul Kock, au Congrès laryngologique de Milan (1880), examine l'ignipuncture dans le traitement des amygdales tuméfiées, énumère les indications de son emploi et les précautions à prendre.

M. de Saint-Germain, chirurgien en chef de l'hôpital des Enfants malades, s'exprime ainsi au sujet de l'amygdalotomie dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* tome II, annéee 1884, page 521. « L'amygdalotomie est une bonne opération dans le » cas de volume considérable des amygdales. Elle présente moins » de dangers chez l'enfant que chez l'adulte où l'hémorrhagie peut » se produire avec une grande gravité surtout lorsque les opérés » ont 17, 18 ou 19 ans. »

Voici l'opinion de ce savant praticien au sujet de l'ignipuncture.

Je reproduis ici une communication écrite que j'ai eu l'honneur de recevoir de M. de Saint-Germain, en réponse à une lettre que je lui ai adressée au sujet de la cautérisation ignée dans l'hy-

pertrophie des amygdales : « Je n'ai jamais eu d'accidents et je » ne me rappelle pas d'insuccès. »

MM. les Drs Moure, Noquet, Ruault emploient, chaque jour, depuis plusieurs années, ce procédé et s'en montrent très satisfaits.

Des avantages de l'ignipuncture. — Pour qu'une méthode réunisse un aussi grand nombre de partisans, dont la compétence dans la question est parfaitement reconnue, il faut qu'elle offre de sérieux avantages. Nous allons les passer en revue.

D'abord, il y a absence d'hémorrhagie. J'ai montré, dans le chapitre précédent, les dangers que peut faire courir à ce point de vue la méthode par l'instrument tranchant ; l'accueil bienveillant qui est fait à ce procédé, qui n'expose pas à un pareil accident, s'explique facilement.

On reproche à l'amygdalotomie de ne mettre pas toujours fin à l'hypertrophie, qui, malgré ce traitement, récidive souvent un grand nombre de fois, cinq ou six par exemple. Un pareil inconvénient n'existe pas pour la cautérisation ignée. Ce procédé agit par mortification de la partie exubérante de l'amygdale et transformation en un tissu fibreux cicatriciel de la partie restante.

Enfin, si on considère la question de l'instrument, on est obligé de reconnaître que l'ignipuncture n'exige pas d'instruments spéciaux tels que l'amygdalotome ; qu'elle se fait dans d'excellentes conditions, avec le Paquelin, instrument devenu d'un usage très répandu dans la pratique chirurgicale.

La plaie, qui résulte de l'excision des amygdales, est une large porte d'entrée ouverte à la diphtérie, et des cas de cette terrible affection se sont déclarés à la suite de cette opération. L'escharre que produit l'ignipuncture est une barrière contre les germes de la diphtérie. Lorsque la portion mortifiée s'élimine, la partie sous-jacente présente une surface rosée, recouverte d'une pellicule cicatricielle. Il n'existe donc à aucune période de dénudation.

Cependant M. de Saint-Germain signale un cas de diphtérie à la suite de l'ignipuncture et conclut que cette méthode expose moins que la précédente à la diphtérie mais ne garantit pas.

Il est arrivé à des chirurgiens fort habiles, opérant sur des sujets indociles ou effrayés qui faisaient des efforts pour se soustraire à l'instrument tranchant, de blesser les parties voisines de l'amygdale : piliers du voile du palais, luette, muqueuse pharyngienne, langue et d'avoir à la suite de ces blessures des hémorrhagies fort graves. On ne peut pas imputer à l'ignipuncture des accidents de cette importance, tout au plus peut-il y avoir brûlures légères des parties avoisinant l'amygdale.

Enfin la cautérisation ignée est applicable dans toutes les formes d'hypertrophie. L'amygdalotomie avec l'instrument de Fahnestock n'est pas possible dans le cas d'enchâtonnement de l'amygdale.

Inconvénients. — Après avoir fait le panégyrique de l'ignipuncture il est de mon devoir d'examiner les reproches qu'on peut lui faire. L'amygdalotomie a cet avantage d'être expéditive.

La cautérisation ignée se fait généralement en plusieurs séances espacées en moyenne de dix à quinze jours. Mais ce traitement, qui amène une réduction progressive, lente de l'amygdale, est dans certains cas un avantage important, par exemple lorsqu'on a affaire à une personne dont la profession est celle de chanteur, il est préférable de ne pas changer brusquement les conditions dans lesquelles se trouve la gorge, parce qu'on modifierait la voix d'une façon trop sensible.

Lorsqu'on change brusquement les conditions dans lesquelles s'accomplissaient depuis longtemps des fonctions d'une importance aussi considérable que celle de la respiration et de la circulation, n'y a-t-il pas lieu de craindre qu'il se produise des accidents du côté des organes préposés à ces fonctions ? par exemple, congestion pulmonaire ? Je ne crois pas qu'on ait fait jusqu'à ce jour de recherches à ce sujet et cette crainte ne m'étant venue que tout dernièrement, je n'ai pas pu vérifier si elle était fondée.

On reproche à l'ignipuncture d'effrayer beaucoup les patients. La vue du fer rouge impressionne désagréablement, il est juste de le reconnaître, mais cet inconvénient n'existe pas lorsqu'on se sert pour la pratiquer du galvano-cautère.

On a constaté des poussées aiguës à la suite de l'ignipuncture.

M. le Dr Ruault (Communication écrite : « Deux fois, chez des » sujets présentant cette forme de l'hypertrophie des amygdales » (enchâtonnement), j'ai vu se développer des amygdalites fébriles » 4 jours et un jour après la dernière cautérisation. Je ne puis croire » que l'opération y ait été pour quelque chose. Dans le premier » cas il s'agissait d'un jeune garçon de 13 ans, dont la sœur avait » pris, 2 jours auparavant, une amygdalite cryptique double. Chez » son frére il se développa une amygdalite d'un seul côté d'abord, » puis de l'autre, 2 ou 3 jours après.

» Je le vis dans l'intervalle, et il y avait à peine trace des escharres. Je pense qu'il s'est agi, dans ce cas, de contagion.

» Le second cas est relatif à un garçon de 16 ans, qui prit une » violente amygdalite droite le lendemain d'une cautérisation au » galvano-cautère faite par le médecin de son collège. Il y avait » eu une seule pointe de feu de faite et si malheureusement, qu'elle » avait amené une hémorragie veineuse très abondante, qui avait » inquiété le médecin assez pour qu'il restât près d'une heure auprès du jeune malade. Il avait continué ensuite à saigner un peu » une partie de la journée. Le lendemain, frisson, amygdalite à » droite, puis deux jours après, l'amygdale gauche se prend. Je le » vis le cinquième jour dans la soirée ; à ce moment, l'amygdale » gauche était très grosse, très rouge, très volumineuse ; la droite » était déja beaucoup mieux.

» Ces cas, continue M. le Dr Ruault, me semblent prouver uniquement que l'ignipuncture ne met pas à l'abri de l'amygdalite, » au moins au moment où elle vient d'être faite. Dans la majorité » des cas, quelque temps après l'opération, les sujets cessent d'avoir les agmydalites répétées auxquelles ils étaient sujets. »

Technique de l'ignipuncture. — Lorsque les amygdales sont enflammées il est admis par les praticiens qu'on doit les respecter et ne pas y toucher tant par le fer que par le feu. Chassaignac à peu près seul, est d'avis d'en pratiquer l'excision à ce moment même et prétend que cette opération faite dans de telles circonstances donne de très bons résultats. Quoi qu'il en soit, se conformant à la règle de conduite généralement admise, on attendra pour pratiquer l'ignipuncture la disparition de l'inflammation.

Cette opération est certainement accompagnée d'une douleur que l'appréhension doit exagérer et comme le chirurgien doit toujours se proposer de soustraire son patient à la souffrance, tant qu'il peut le faire sans danger, on a pensé à employer l'anesthésie générale.

M. de Saint-Germain rejette la chloroformisation pour les raisons suivantes. Il est nécessaire de placer le patient soumis à l'influence du chloroforme dans le décubitus dorsal. Mais dans cette position la respiration déjà entravée par l'agent anesthésique, par l'abaissement de la langue, deviendra, par suite des manœuvres que nécessite la cautérisation ignée, fort gênée.

M. le Dr Noquet a recours à l'anesthésie locale. Voici comment il procède (communication écrite). « Trois minutes avant l'opéra-» tion je badigeonne les amygdales avec une solution de chlorhy-» drate de cocaïne à 2/10. On pourrait croire à priori, que ce » badigeonnage n'est pas très utile, la surface seule se trouvant » ainsi insensibilisée et le cautère devant pénétrer dans la profon-» deur. J'ai, cependant, constaté chez l'adulte, que la brûlure » était beaucoup moins sentie, quand il avait été pratiqué. »

M. de Saint-Germain place le malade dans le décubitus dorsal. La plupart des autres chirurgiens le font asseoir sur une chaise où ils le maintiennent s'il est indocile, soit comme le fait M. le Dr Noquet avec trois courroies solides, soit avec le concours d'aides.

M. de Saint-Germain se sert du spéculum buccal de Mathieu qui maintient la bouche ouverte, abaisse la langue et protège les autres parties de la bouche. Cet instrument consiste en un bracelet légèrement aplati de haut en bas, plus large, par conséquent, que haut, s'introduisant à frottement entre les incisives et présentant à sa partie inférieure un prolongement destiné à déprimer la langue.

Cet instrument, poussé dans la bouche de l'enfant ou de l'adulte, est retenu par un cran en relief placé à la partie supérieure qui, lorsque les incisives supérieures l'ont dépassé, le retient en arrière de celles-ci, sans que le malade puisse s'en débarrasser. Enfin, au niveau de l'extrémité antérieure et latérale de l'anneau, on visse un petit manche qu'un aide tient solidement pendant l'opération ; de la sorte, la bouche est maintenue ouverte, la langue est abaissée, et, pourvu que la tête soit solidement fixée, la cautérisation est extrêmement facile.

Lorsqu'on n'a pas cet instrument à sa disposition, on fait usage de l'abaisse-langue et le front armé du miroir frontal, on procède à la cautérisation.

L'ignipuncture peut se faire avec le cautère ancien, le thermo-cautère et le galvano-cautère.

Le premier de ces instruments est abandonné d'une façon à peu près complète lorsqu'il s'agit de la cautérisation amygdalienne ; c'est, en effet, le plus défectueux des trois.

Il se refroidit trop rapidement, pour ce motif doit être volumineux afin d'emmagasiner beaucoup de calorique, mais son fort volume en fait un instrument incommode à manier dans la bouche.

Le thermo-cautère et le galvano-cautère sont les deux instruments préférés pour l'ignipuncture. Tous les deux sont excellents mais possèdent des avantages différents.

Le thermo-cautère est un instrument fort répandu, facile à

manier ; il est aisé de régulariser sa température, mais il présente l'inconvénient de ne pouvoir être introduit dans la bouche qu'à l'état incandescent et pour ce motif cause de l'effroi.

Le galvano-cautère est un instrument très compliqué, dont il est difficile de régler la température mais qui peut être introduit à froid ; en outre, considération secondaire, il est d'un prix très élevé.

M. de Saint-Germain emploie de préférence le thermo-cautère. Il fait usage pour l'ignipuncture d'un petit cautère dont l'extrémité libre est recourbée en crosse. Il l'enfonce lorsqu'il est rouge, à une profondeur d'un centimètre environ ; il fait en moyenne trois boutons sur chaque amygdale et il obtient, en agissant ainsi, la guérison au bout de 2, rarement 3 ou 4 séances.

M. le Dr Moure emploie concurremment le thermo-cautère et le galvano-cautère. Mais il semble préférer le premier de ces instruments. Il emploie le cautère ordinaire, l'enfonce à une profondeur d'un centimètre et fait ainsi deux ou trois ponctions à l'amygdale, la température de l'instrument étant celle du rouge sombre.

M. Noquet (communication écrite) procède ainsi : « Je fais sur » la face interne de l'amygdale, à l'aide d'un gros galvano-cautère » pointu (la partie active de ce galvano-cautère a deux centimètres » de longueur, les branches ont un millimètre d'épaisseur) trois » raies de feu horizontales et par conséquent parallèles, séparées » l'une de l'autre d'au moins un demi-centimètre. Je m'arrange de » façon que le galvano-cautère pénètre profondément jusqu'au » voisinage du bord libre des piliers. Quand la tonsille est modé- » rément hypertrophiée, deux raies de feu suffisent. Je n'ai jamais » constaté aucun accident après l'emploi de cette méthode, qui » m'a déjà, dans beaucoup de circonstances, donné d'excellents » résultats. Dernièrement encore, j'ai pu, chez un enfant de » trois ans, dont les amygdales très volumineuses gênaient la » respiration, obtenir en une seule séance une réduction suffi- » sante.

» Chez l'adulte ou même chez les enfants à partir de 9 ans les » amygdales hypertrophiées sont généralement plus dures, et » comme elles sont aussi plus volumineuses, il est rare qu'une seule » séance suffise. Le tissu étant plus résistant, le cautère pénètre » moins facilement. J'ai habitude de faire outre les raies de » feu profondes, quelques ponctions avec le galvano-cautère, en » pénétrant par la face antérieure.

M. le Dr Ruault se montre très partisan du galvano-cautère et prétend qu'on doit employer exclusivement cet instrument, (communication écrite). « Je pense que l'ignipuncture doit être » faite exclusivement avec le galvano-cautère. Le thermo-cautère » Paquelin rayonne trop, il ne peut être introduit à froid dans la » bouche, son action est difficile à bien limiter et il effraie trop les » malades, c'est un appareil très facile à transporter, à la vérité, » mais comme rien n'empêche le médecin d'exécuter l'opération » dans son cabinet, cette considération perd ici sa valeur.

» Je me sers d'une batterie très forte à l'aide de laquelle je puis » rougir des cautères de toutes dimensions, et j'ai dès lors les avan- » tages du Paquelin, sans en avoir les inconvénients signalés plus » haut.

» Voici comment j'opère, depuis déjà plusieurs années : le cau- » tère dont je me sers est formé d'un gros fil de platine, recourbé » en U très allongé mais il n'est pas pointu.

» Je place l'abaisse langue, j'introduis le cautère à froid dans la » bouche, jusque sur l'amygdale et j'entre même dans une crypte, » si j'en vois (lors de la première cautérisation), puis dirigeant le » cautère directement d'avant en arrière, je chauffe fortement et je » transfixe l'amygdale en entier si je le puis, ou je sors sur la face » interne de la glande, en prenant soin de faire toujours deux » ouvertures, une d'entrée et une de sortie. Je laisse mon galvano- » cautère, chauffé au milieu des tissus pendant une demi seconde » ou une seconde, puis je le retire en ayant soin de le maintenir

» chaud jusqu'à sa sortie, car sans cette précaution il adhérerait » fortement aux tissus et serait difficile à retirer en même temps » que cette manœuvre serait douloureuse.

» Je fais ainsi de trois à six piqûres dans chaque amygdale, puis » je renvoie le malade en lui recommandant de se gargariser » le plus fréquemment possible avec de l'eau très froide, comme » tout traitement consécutif.

» Quelquefois deux, souvent trois séances espacées de 12 à 15 » jours suffisent. Lors de la dernière séance, je me sers souvent » d'un galvano-cautère à boule fait avec un gros fil de platine » contourné en hélice pour faire une sorte de toilette de l'amydale » cautérisée, enlever les parties déchiquetées, que je détruis com- » plètement sur place, en ayant soin de ne pas faire de cratère et » de maintenir toujours superficielle la surface de la brûlure.

» Lorsqu'on a affaire à des amygdales très grosses et très encha- » tonnées, écartant fortement l'un de l'autre les piliers d'un même » côté, on doit chercher à obtenir la rétraction de la partie de la » glande la plus externe, de façon que les piliers antérieur et » postérieur se rapprochent l'un de l'autre, reprennent leur dis- » tance normale. Ce résultat est souvent très difficile à obtenir » rapidement. Pour y arriver, il faut cautériser en dirigeant la » pointe en dehors, et se servir alors de petits cautères à arrêt, » assez courts, de façon à ne pas transfixer la fossette amygda- » lienne et courir le risque d'un phlegmon rétro-amygdalien con- » sécutif ou d'accidents immédiats graves (hémorragie). Quelque » précaution qu'on prenne alors, on voit généralement une réac- » tion locale plus ou moins vive suivre l'opération. Le mieux alors » est d'attendre, car au bout de quelque temps, la partie enchaton- » née de l'amygdale finit par se rétracter. »

M. le Dr Moure, lorsqu'il fait usage du galvano-cautère, emploie un instrument semblable à celui de M. le Dr Ruault; il fait 4 ou 5 ponctions suivies de débridement afin de ne pas former de clapiers.

Des suites de la cautérisation ignée. — La cautérisation ignée détermine une douleur en général assez bien supportée au moment de l'opération. Cette douleur, après avoir disparu pendant quelques heures, se montre de nouveau et s'accompagne assez fréquemment d'une légère réaction fébrile.

M. le Dr Noquet (Communication écrite). « Après les cautérisations galvaniques, la déglutition est un peu douloureuse pendant quelques jours, trois ou quatre au plus. Pour amoindrir cette gêne momentanée, j'engage le patient à faire, avant chaque repas, un badigeonnage avec un pinceau imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. La gêne est, du reste, bien souvent si légère que beaucoup d'opérés n'éprouvent pas le besoin d'avoir recours à ce moyen. Chez les jeunes enfants ce badigeonnage étant, règle générale, difficile à pratiquer, par suite de la résistance qu'ils opposent, il vaut mieux ne pas le conseiller. »

La douleur est donc le seul phénomène qui se produise au moment de la cautérisation. Les accidents sont excessivement rares.

Des hémorrhagies veineuses ont pu avoir lieu par suite de l'emploi d'un instrument dont la température était trop élevée.

L'escharre se détache en général 10 à 15 jours après l'opération.

Pendant tout le temps que la partie mortifiée tend à s'éliminer, il ne faut pas avoir recours à la cautérisation. On peut employer des gargarismes boriqués afin de faire disparaître la mauvaise odeur produite par cette partie désorganisée.

Au moment de la chute de l'escharre, l'amygdale est quelquefois suffisamment réduite pour qu'il ne soit pas nécessaire de faire une autre séance de cautérisation.

M. le Dr Noquet (communication écrite). « On peut très bien, en une seule séance, réduire suffisamment les amygdales d'un enfant, même quand elles sont volumineuses ».

M. le Dr Ruault (communication écrite). Dans la grande » majorité des cas, huit jours après l'opération, il existe encore » sur les amygdales des plaques blanches escharrotiques. Aussi » j'attends une douzaine de jours avant de faire la seconde cautérisation. A ce moment, les amygdales ont souvent très notablement diminué de volume, quelquefois l'une d'elles, (celle qui » était la moins grosse dans les cas si fréquents où l'hypertrophie » atteint inégalement les deux glandes), est à peu près revenue à » une dimension normale. »

M. Ruault (communication écrite). « Les résultats que j'obtiens sont excellents et, en règle générale, d'autant meilleurs, » que les malades sont moins pressés, c'est-à-dire que les séances » sont plus éloignées. Il m'est arrivé de perdre de vue des malades, pendant un mois ou six semaines, après une ou deux séances. Lorsque je les revoyais, souvent je jugeais inutile de » recommencer l'ignipuncture. L'intervalle minimum de 12 jours, » 15 jours en moyenne, me paraît convenir à la plupart des cas.

» La rétraction se fait d'autant plus facilement que l'hypertrophie est plus récente. Ainsi, dans les cas où on a affaire à des » amygdales qui sont restées très grosses après une amygdalite, » si l'on fait l'ignipuncture trois semaines ou un mois après, la diminution de volume est très rapide : Quelquefois, une seule » séance suffit, si l'on a soin de faire un plus grand nombre de » cautérisations à l'amygdale la plus hypertrophiée.

» La guérison est d'ordinaire rapide chez les sujets à grosses » amygdales pâles et molles; elle est beaucoup plus longue au » contraire, chez ceux dont les amygdales sont dures, lobulées, » scléreuses, mais on trouve tant d'exceptions à cette règle, qu'on » ne peut la formuler sans réserves. »

OBSERVATION I (Guérison)

(empruntée à la thèse de M. le Dr Ricordeau.)

Léon X..., 11 ans.

Il est sujet, depuis environ 5 ans, à des poussées d'amygdalite aiguë. Entre temps, il a de la gêne respiratoire qui se manifeste par l'habitude qu'il a contractée d'avoir la bouche ouverte en dormant. La pression sur les côtés du cou éveille de la douleur ; on sent quelques ganglions engorgés derrière l'angle de la mâchoire. En faisant ouvrir la bouche, on diagnostique facilement une angine tonsillaire chronique ; les deux amygdales sont très volumineuses.

On pratique une première cautérisation. L'opération est rendue difficile par des mouvements violents de l'enfant, qui est pris de peur ; deux personnes le maintiennent insuffisamment, et quand on a terminé, on constate que l'instrument a légèrement brûlé la commissure labiale gauche.

Huit jours après, l'enfant est ramené, la brûlure est guérie. Cette fois, il se laisse opérer facilement ; il supporte la cautérisation sans se plaindre. Pas de douleur.

Il revient ainsi à la consultation de huit en huit jours, pendant un mois ; chaque fois il fut cautérisé.

Vers la fin de ce premier mois, l'enfant est pris d'une poussée d'angine aiguë qui le fait souffrir. Gargarismes émollients. Malgré cet incident inflammatoire, les amygdales n'ont pas augmenté de volume ; on pratique encore quelques cautérisations et on renvoie le malade guéri.

OBSERVATION II

Empruntée à la thèse de M. le Dr Ricordeau.

Hypertrophie des amygdales. Ignipuncture. Guérison.

Marie B..., 8 ans, brune, maigre, intelligente, a les deux amygdales volumineuses et la déglutition souvent gênée de ce fait. Les amygdales débordent les piliers et sont régulièrement développées.

15 mai : M. de Saint-Germain fait l'ignipuncture de la manière suivante :

Après avoir introduit dans la bouche un speculum spécial et fait maintenir solidement la tête de l'enfant, il enfonce dans chaque amygdale, à son centre et à un centimètre de profondeur, l'extrémité recourbée de la pointe en platine du thermo-cautère de Paquelin chauffée au rouge sombre. Cette cautérisation est répétée deux fois dans chaque amygdale sans provoquer de vives souffrances.

Le 25, les amygdales ont diminué d'un bon tiers. On cautérise de la même façon pour la seconde fois ; l'enfant est très docile et se laisse introduire sans résistance le speculum buccal.

Le 1er juin, le volume des amygdales ayant encore diminué notablement et ne causant plus de gêne pour la déglutition, M. de Saint-Germain cesse la cautérisation.

Les amygdales sont sillonnées de hachures et sont de moitié moins grosses qu'avant l'ignipuncture.

OBSERVATION III (Guérison)

(Thèse du Dr Ricordeau.)

S. C..., enfant de 8 ans, est porteur de très grosses amygdales. On propose la cautérisation ignée qui est acceptée par les parents. Le petit malade supporte d'assez bonne grâce la première séance de 6 pointes de feu dans chaque amygdale, avec la plus petite pointe droite du thermo-cautère.

La deuxième et dernière séance fut exécutée de la même façon. Nous devons dire qu'après chaque séance est survenue chez cet enfant une poussée d'angine aiguë assez sérieuse et fort débilitante pour le jeune malade. Cependant la guérison a été complète et l'enfant s'est remis rapidement.

OBSERVATION IV (Guérison)

(Thèse du Dr Ricordeau.)

M. X., chef de bureau au ministère de l'intérieur, hémophile d'une manière évidente, porte deux amygdales très grosses. M. Reclus pratiqua sur ce malade deux cautérisations sur chaque amygdale, avec la pointe moyenne droite du thermo-cautère. Le fer est enfoncé assez profondément, un centimètre environ; quelquefois même, la glande est embrochée par la pointe qui pénètre d'une face à l'autre. M. Reclus fait sur son patient quatre séances de cautérisation : deux séances par semaine; pas de poussée d'angine, pas de douleur. Au bout de 15 jours, la guérison est complète.

OBSERVATION V (Personnelle).

Guérison.

Maurice, ouvrier typographe, âgé de 20 ans. Tempérament lymphatique. Constitution faible. Hypertrophie des amygdales. Depuis l'âge de 15 ans, amygdalites répétées.

Se présente pour la première fois à la elinique de M. Ie Dr Moure le 1er mars de cette année. Respiration buccale, par suite grande sécheresse de la gorge. Parler nasonné. Un peu de surdité. Les amygdales sont volumineuses, enflammées. Le pharynx présente une rougeur intense.

Il est prescrit au malade un gargarisme émollient et il est invité à se représenter lorsque l'angine aura disparu.

Le 17 avril, on pratique une première cautérisation avec le Paquelin sur l'amygdale droite. Le thermo-cautère chauffé au rouge sombre est enfoncé à trois reprises dans l'épaisseur de l'organe, à une profondeur d'un centimètre environ.

Le malade déclare avoir ressenti au moment de l'opération une légère douleur qui a cessé rapidement.

La douleur a reparu deux jours après pour durer trois jours pendant lesquels l'opéré a déclaré avoir été fort gêné dans la déglutition.

L'escharre s'est détachée le septième jour.

Le 25 avril, deuxième séance de cautérisation au thermo-cautère, portant sur les deux tonsilles. L'amygdale droite, qui avait déjà été huit jours auparavant soumise à une cautérisation, présente une diminution notable de volume.

La douleur ressentie par le malade lors de la première séance a été moins vive à cette dernière cautérisation. Les escharres se sont détachées huit jours après.

Le 5 mai, cautérisation double. Douleur moderée. Chute des escharres dix jours après.

Le 17 mai, le malade se présente de nouveau à la visite de M. le Dr Moure ; il se plaint de ressentir dans la gorge depuis deux jours une douleur très vive avec sensation de corps étranger.

Le début de cette douleur coïncide avec la chute des escharres. La profession de ce malade (typographe) l'exposant aux poussières de plomb, il est probable que les particules de ce métal auront déterminé l'inflammation des tonsilles dépouillées de leur muqueuse.

On constate à l'examen de la gorge une rougeur inflammatoire répandue sur le pharynx et les amygdales, dont le volume a augmenté depuis le jour où le malade était venu.

Vu l'état de la gorge, la séance de cautérisation est remise à plus tard.

Le 24 mai, l'inflammation ayant disparu, on pratique une double cautérisation avec le Paquelin.

Le 5 juin, il nous est donné de voir l'opéré dont l'état est très satisfaisant. Les tonsilles ont repris leur volume normal et présentent à leur partie moyenne une cicatrice en forme d'ombilic.

OBSERVATION VI (personnelle). Guérison.

Alexandre G..., âgé de 18 ans, artiste lyrique. Constitution faible. Dans son enfance, nombreux maux de gorge avec hypertrophie des amygdales. Se présente pour la première fois à la clinique le 23 novembre 87. Subit une dizaine de séances de cautérisation au galvano-cautère. Les cautérisations sont superficielles afin d'amener progressivement et lentement les

amygdales à leur volume normal et de ne pas modifier trop rapidement la voix du malade dont la profession est celle de chanteur.

Le 24 mai, ce jeune homme, que j'ai pu examiner, me déclare qu'il n'a pas eu de maux de gorge depuis qu'il a été soumis à l'ignipuncture. Les amygdales ont repris leur volume normal.

OBSERVATION VII (personnelle). Guérison.

B... (Charles) âgé de 20 ans. Garçon limonadier. Tempérament lymphatique. Faiblesse de constitution. Depuis son enfance, sujet aux maux de gorge et aux coryzas. Surdité dont l'apparition remonte à la même époque et qui présente des variations en rapport avec l'angine amygdalienne.

Les amygdales sont très volumineuses, particulièrement celle du côté droit. La surdité est plus marquée de ce côté.

Une première séance de cautérisation a lieu le 7 octobre 1887. L'ignipuncture, à l'aide du thermo-cautère chauffé au rouge sombre, est pratiquée sur l'amygdale droite.

Le malade déclare avoir ressenti au moment de l'opération une vive douleur qu'il localise dans l'oreille droite.

Ce malade a souffert pendant trois jours.

Le 14 octobre on pratique une double cautérisation, la tonsille droite à cette époque est déjà diminuée notablement de volume. La douleur au moment de l'opération est plus vive du côté droit que du côté gauche, elle persiste pendant deux jours.

Le 24 octobre, l'amygdale droite est presque revenue à son volume normal, la tonsille gauche est encore un peu hypertrophiée. Double cautérisation au thermo-cautère, plus énergique du côté ganche.

Le 12 novembre, l'état de la gorge de ce malade est très satisfaisant. La surdité persiste.

Mais le 15 mai 1888, ce jeune homme revient consulter pour sa gorge. Les amygdales sont de nouveau un peu hypertrophiées. Ce jour même une double cautérisation est pratiquée.

Nous voyons ce malade le 17 mai. Les amygdales sont recouvertes d'un enduit grisâtre qui est l'escharre non détachée.

Le 24 mai, les amygdales offrent un volume normal. La surdité a diminué beaucoup à gauche, mais elle persiste encore à droite.

Le 10 juillet, ayant eu l'occasion de rencontrer ce malade, j'ai appris de lui que son ouïe s'était améliorée.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Guérison.

Marie, 16 ans. Lisseuse. Tempérament lymphatique (Blépharite, lèvres volumineuses). Non réglée.

A depuis son enfance de fréquentes angines, Coryzas. Respiration buccale. Voix nasonnée. Ronflement la nuit. Grande gêne dans la déglutition.

Son état s'était empiré depuis un an, lorsquelle s'est présentée pour la première fois à la clinique de M. le Dr Moure.

Hypertrophie très notable des deux amygdales qui se touchent sur la ligne médiane par leur face interne.

Quatre séances de cautérisation au thermo-cautère, à intervalle de 10jours, ont eu lieu il y a un an environ.

Cette jeune fille dit avoir ressenti une doulenr assez vive pendant les 24 heures qui ont suivi chaque séance de cautérisation.

Elle est venue à la clinique, il y a un mois, à l'effet de montrer sa gorge. On a pu constater que les amygdales étaient d'un volume normal. N'a pas eu d'angine durant l'hiver dernier.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Guérison.

Antoinette B..., 11 ans. Hypertrophie des amygdales. Une première séance de cautérisation au galvano-cautère a lieu le 17 mai.

Le cautère employé pour cette opération par M. le Dr Moure est sem-

blable à celui dont fait usage M. le Dr Ruault ; il est formé d'un gros fil de platine recourbé en U très allongé, mais il n'est pas pointu.

La petite malade étant très courageuse et se prêtant de très bonne grâce à l'opération, on n'a pas eu besoin d'employer les moyens de contention et l'ouvre-bouche.

L'instrument a été plongé par trois fois dans l'épaisseur de la glande, puis relevé par un mouvement de bascule qui a pour effet de débrider et d'éviter la formation de clapiers. C'est là la manière habituelle d'opérer de M. le Dr Moure avec le galvano-cautère.

La petite malade dit n'avoir ressenti au moment de l'opération qu'une légère douleur.

L'escharre s'est détachée 6 jours après.

Le 1er juin, les amygdales sont suffisamment réduites pour qu'on ne juge pas nécessaire d'intervenir.

OBSERVATION X (personnelle). Guérison.

Marcel B..., 9 ans. Lymphatisme marqué. Depuis 6 mois, grande gêne dans la respiration et la déglutition. Ronflement la nuit. Salivation abondante. Dureté de l'ouïe. Fréquentes amygdalites.

Hypertrophie notable des deux amygdales.

Le 24 mai, ignipuncture avec le galvano-cautère. 5 ponctions suivies de débridement sont faites sur chaque amygdale avec le cautère en U arrondi.

Vive douleur au dire du petit patient.

Le 1er juin, les amygdales sont considérablement réduites ; elles présentent une surface bosselée, inégale. Le thermo-cautère est promené de façon à faire disparaître les inégalités.

Le 7 juin, le petit malade est amené de nouveau à la clinique. Il est complètement guéri.

OBSERVATION XI (personnelle). Guérison.

François H..., 7 ans 1/2. Est amené à la clinique le 26 juin 1888.

Antécédents morbides : rougeole, variole, fièvre muqueuse, amygdalites fréquentes. Coryza chronique.

Lymphatisme marqué.

Facies de l'hypertrophie. Bouche entr'ouverte, nez épaté, regard éteint.

Dyspnée intense, avec accès la nuit. Ronflement pendant le sommeil. Salivation abondante. Surdité plus prononcée du côté droit.

Les amygdales sont volumineuses, elles se rejoignent sur la ligne médiane.

Cinq ponctions suivies de débridement sont pratiquées sur chaque amygdale le 26 juin 1888, à l'aide du galvano-cautère.

Douleur légère au dire du petit malade.

Le 5 juillet, les amygdales ont diminué d'un bon tiers. Une deuxième séance de cautérisation avec le galvano-cautère est pratiquée à cette date dans les mêmes conditions que la première.

Le 12 juillet, les amygdales ont repris leur volume normal.

CONCLUSIONS

L'hypertrophie des amygdales est d'un diagnostic facile parce qu'elle apporte des changements notables dans les caractères physiques de la glande.

Elle altère profondément la santé générale et cause de grands désordres locaux.

Le traitement médical est impuissant à guérir cette affection, il peut; il est vrai, l'améliorer mais d'une façon passagère.

L'amygdalotomie doit être employée le plus rarement possible. C'est un moyen de traitement qui ne guérit pas toujours d'une façon définitive. Chez les enfants, elle met dans de bonnes conditions de réceptivité pour la diphtérie, à laquelle ils sont malheureusement trop prédisposés et elle a pu être suivie d'hémorragie très grave, même mortelle. Chez l'adulte, elle cause très fréquemment des hémorragies très abondantes, parfois mortelles. L'ignipuncture n'expose pas à l'hémorragie, guérit d'une façon définitive et ne présente pas, en un mot, les inconvénients de l'amygdalotomie. Le thermo-cautère et le galvano-cautère sont des instruments également excellents.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Bordeaux, le 23 juillet 1888.
Le Président de la thèse,
Dr MASSE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 juillet 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BOYER. — Œuvres chirurgicales, t. VI, p. 450.

VELPEAU. — Médecine opératoire, t. V, p. 560.

Dictionnaire de Jaccoud, t. I, p. 156.

Annales des maladies de l'oreille et du larynx.

Gazette des hôpitaux, 16 mars 1842, p. 131.

CHASSAIGNAC. — Traité chimique et pratique des opérations chirurgicales, 1862, t. II, p. 534 et 542.

Dictionnaire de Dechambre, t. IV, p. 31.

VIDAL DE CASSIS. — Traité de pathologie externe, 1861, p. 641.

GUERSANT. — Notice sur la chirurgie des enfants, p. 51 et suivantes.

Dictionnaire de Jaccoud, t. II, p. 147.

Archives générales de médecine, août 1872, p. 466.

Uber die Anwendung und den Nutzen der Galvano-Kaustik in der Behandlung der nasen, Rachen et Kehlkopfkrankeiten Inaugural dissertation. William Kollman.

PERCY. — Pyrotechnie chirurgicale, 1811, p. 246, 47 et 49.

Dictionnaire des sciences médicales, t. XV, p. 119.

SAPPEY. — Anatomie descriptive.

CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive.

VIDAL. — Dictionnaire encyclopédique.

Thèse de doctorat Ricordeau, année 1882.

CHASSAIGNAC. — Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation.

De Saint-Germain. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, t. II, année 1884, p. 521.

Annales des maladies de l'oreille et du pharynx, novembre 1880.

Revue du docteur Moure, année 1883, p. 303, 306.

Extrait des annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, septembre 1885.

Revue du docteur Moure, t. V, année 1885, p. 332, 206, 271, 658.

Gazette des hôpitaux, 19 mars 1870, n° 33, p. 129.

Revue du docteur Moure, année 1886, p. 572 et 467.

Annales des maladies de l'oreille et du pharynx, p. 63, 273 et 88, année 1880.

Id. p. 248.

12,717. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.